

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1959

No
1003

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)
PAR

Denise JACQUELIN

née le 5 février 1930 à Paris

Interne des hôpitaux de Nice

Présentée et soutenue publiquement le 19 59

Etude des résultats du traitement
des crises Hypochondriaques
par les méthodes biologiques

(En particulier par l'association choc-cardiazolique-insuline)

(Etude statistique portant sur 100 observations)

Président : M. Léon MICHAUX, Professeur de clinique Psychiatrique Infantile

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)
PAR

Denise JACQUELIN

née le 5 février 1930 à Paris

Interne des hôpitaux de Nice

Présentée et soutenue publiquement le 19.....

Etude des résultats du traitement
des crises Hypochondriaques
par les méthodes biologiques

(En particulier par l'association choc-cardiazolique-insuline)
(Etude statistique portant sur 100 observations)

Président : M. Léon MICHAUX, Professeur de clinique Psychiatrique Infantile





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556003_0019

PROFESSEURS HONORAIRES

15-I-59

MM. Aubin(A), Bénard(H), Brocq(P.), Bulliard(H.), Cadenat(F.)
 Chabrol(E.) Champy(C.), Chevallier(P.), Debré(R.), Donzelot
 (E.), Gastinel(P.), Guillaïn(G.), Halphen(E.), Harvier(P.),
 Hazard(R.), Heuyer(G.), Lantuejoul(P.), Laroche(G.), Laubry
 (C.), Lévy-Solal(E.), Lhermitte(J.), Lian(C.), Locper(M.)
 Marion(G.), Mathieu(P.), Mocquot(P.), Mondor(H.), Monod(R.),
 Moreau(R.), Mulon(P.), Olivier(E.), Richet(C.), Strohl(A.),
 Tanon(L.), Velter(E.).

DOYEN.....Léon BINET
 Membre de l'Institut

ASSEESSEURJean VERNE

I. - PROFESSEURS

Anatomic.....CORDIER (G.)
 Anatomie(Chaire à titre personnel.....DILMAS (A.)
 Anatomie pathologique.....DELLARUE (J.)
 Anesthésiologie.....BAUMANN (J.)
 Bactériologie.....FASQUELLE(R.)
 Biochimie médicale.....JAYLE (M.F.)
 Biologie appliquée à l'Education
 physique et aux sports.....CHAILLEY-BERT(P.)
 Biologie médicale.....FAUVERT (R.)
 Cancérologie sociale et médicale.....BERNARD (J.)
 Clinique carcinologique(Inst.G.Roussy).....LEDON (H.)
 Clinique cardiologique(Broussais).....MOUQUIN (M.)
 (Beaujon.....SICARD (A.)
 (Cochin.....QUENU (J.)
 Cliniques chirurgicales (Hôtel-Dieu.....HENEGAUZ (G.)
 (Saint-Antoine.....GOSSET (J.)
 (Salpêtrière.....MOULONGUET (P.)
 Clinique de chirurgie infantile et
 orthopédique (Enfants-Malades).....ELVRE (M.)
 Clinique chirurgicale orthopédique et
 réparatrice (Cochin).....MERLE-D'AUBIGNE(R.)
 Clinique de Chirurgie cardio-vasculaire
 (Broussais).....GAUDART-D'ALLAINES(F.de)
 Clinique de chirurgie
 pleuro-pulmonaire(Laënnec).....MATHEY (J.)
 Clinique endocrinologique(Pitié).....DECOURT (J.)
 Clinique génétique médicale
 (Enfants-Malades).....LAMY (M.)

Hygiène des collectivités	DEPARIS (M.)
(Chaire à titre personnel)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau).....	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON (P.)
Médecine du Travail.....	DESOILLE (H.)
Médecine légale.....	PIEDILLIEVRE (R.)
Parasitologie.....	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale.....	COUVILLAIN (R.)
Pathologie exotique.....	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée.....	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale(chaire à titre personnel)...	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale.....	N....
Pathologie et thérapeutique générales.....	GARCIN (R.)
Pharmacologie et matière médicale.....	CHRYMOL (J.)
Physiologie.....	BINET (L.)
Physiologie (chaire à titre personnel).....	BARGETON (D.)
Physique médicale.....	DOGNON (A.)
Radiologie médicale.....	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale.....	PATIL (J.)
Thérapeutique.....	BROUET (G.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

Anatomie.....	(CABROL (C.) (COUINAUD (C.) (OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique.....	(GAUTHIER-VILLARS(MlleP.) (pr. s. ch. (BUSSET (F.) (GOUYGOU (Ch.) (ORCEL (L.) (PAILLAS (J.)
Anesthésiologie.....	VOUREH (G.)
Bactériologie.....	(NEVOT (A.) pr. s. ch. (BARBIER (P.) (CHRISTOL (D.) (TOURNIER (P.)
Biochimie médicale.....	(DESGREZ(P.) pr. s. ch. (POLONOSKI(J.) m. conf. (SCHAPIRA (G.) m. conf.
Biologie médicale.....	BOURLIERE (F.) m. conf.

Clinique gynécologique (Broca).....FUNCK-BRENTINO(P.)
 Clinique des maladies cutanées et
 syphilitiques (St-Louis).....DEGOS (R.)
 Clinique des maladies des enfants.....CATHALA (J.)
 (Enfants-Malades)
 Clinique des maladies infectieuses
 (Claude-Bernard).....MOLLARET (P.)
 Clinique des maladies mentales et de
 l'encéphale(St-Anne).....DULAY (J.)
 Clinique des maladies métaboliques.....HAMBURGER (J.)
 (Necker)
 Clinique des maladies du sang(Broussais)...MARCHAL (G.)
 Clinique des maladies du système nerveux
 (Salpêtrière).....ALAJOUANINE (T.)
 (Broussais.....GENIÈS (L.de)
 (Cochin.....JUSTIN-BESANCON (L.)
 (Hôtel-Dieu.....BARIÉTY (M.)
 Cliniques médicales (Saint-Antoine.....KOURILSKY (R.)
 (Lariboisière.....SOULIER (P.)
 (Pitié.....DRUMFUS (G.)
 Clinique médicale d'hydrologie
 thérapeutique et climatologique(Bichat)...DEBRAY (C.)
 Clinique médicale propédeutique.....PASTEUR VALLÉRY-RADOT(L.)
 Clinique médico-sociale du diabète sucré
 et des maladies de la nutrition(Hôtel-Dieu).DEROT (M.)
 Clinique de neuro-chirurgie(Pitié).....PETIT-DUTHILLIS(D.)
 (Baudouin.....LACOMME (H.)
 Cliniques obstétricales (Port-Royal.....N...
 (Tarnier.....VARANGOT (J.)
 Clinique ophtalmologique(Hôtel-Dieu).....RENARD (G.)
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 (Lariboisière).....AUBRY (M.)
 Clinique de pédiatrie sociale
 (Enfants-Malades).....MARIE (J.)
 Clinique de pneumo-phthisiologie(Laennec)...BERNARD (E.)
 Clinique psychiatrique infantile
 (Salpêtrière).....MICHAUX(L.)
 Clinique de puériculture(St-Vincent de Paul) LELONG (R.)
 Clinique de rhumatologie médicale et
 sociale (Cochin).....COSTE (F.)
 Clinique stomatologique (Pitié).....DECHAUME (H.)
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 (Vaugirard).....SENEQUE (J.)
 Clinique thérapeutique médicale
 (St-Antoine).....LEMAIRE (A.)
 Clinique urologique (Cochin).....F Y (B.)
 Electrophysiologie médicale
 (chaire à titre personnel).....DJOUINO (L.)
 Embryologie.....GIROUD (A.)
 Histoire de la médecine et de la chirurgie..N...
 Histologie.....VERNE (J.)

Physiologie.....(FARROT (J.)pr. s. ch.
(DEJOURS (P.)

Physique médicale..... GOUGEROT (L.) m. conf.

Pneumo-phthidiologie..... KREIS (B.)

Psychiâtrie..... FICHOT (I.)

Pschiâtrie infantile..... DUCHE (D.)

Rhumatologie..... DELBARD (P.)

(CLEMENTA (P.)

Stomatologie.....(CLAPUT(Ime A.) m.c. agr.

(CRILLET (M.)

Thérapeutique.....(CHASSAGNE (P.)

(LAHOTTE (M.)

Urologie..... QUINU (L.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

(ABOULKER (P.)

(ARLINE (A.)

(HUGIER (J.)

(OLIVIER (C.)

Clinique chirurgicale.....(PADOVANI (P.)

(POILLOUX (F.)

(ROUX (M.)

(VERNE (J.M.)

(HAGUENEAU(J.) pr. s. ch.

(BOUDIN (G.)

(CONTE (M.)

(DCHART (A.)

(MILLIEZ (P.)

(PERRAULT (M.)

(RAIBERT (I.)

(THIEFFRY (S.)

(TURIAF (J.)

Clinique neuro-rhumatologique.. SEZE (S.de)

(GRASSET (J.)

(LERAG (F.)

(LERAG (F.)

Clinique obstétricale.....(LERAG (F.)

(LERAG (F.)

Carcinologie.....(DENOIX (P.)
 (MATHE (G.)
 Dermato-Syphilligraphie..... DUPERRAT (B.)
 Electro-Radiologie..... LEDOUX-LEBARD (G.)
 Embryologie..... FUCHS-ADULLESIS (H.)
 Hématologie.....(BILSKI-PASQUIER (G.)
 (DAUSSET (J.)
 Histologie.....(COUJARD (R.) pr. s. ch.
 (MARCIS (L.)
 (MACADOT (J.)
 Hydrologie..... CORNET (A.)
 Hygiène.....(BOYER (J.) pr. s. ch.
 (CORTE-HURST (Mme L.)
 Maladies infectieuses.....(BASTIN (R.)
 (DUPONT (V.)
 (DROBERT (L.) pr. s. ch.
 (HADENGUE (A.)
 Médecine légale.....(POUQUET (L.)
 (GUENIOT (L.)
 Médecine du travail..... ALDAMARY (C.)
 Neuro-chirurgie..... DAVID (M.)
 Neurologie..... LEMAITRE (T.)
 (GRANJON (A.)
 (HERVET (E.)
 (LE LORIER (G.)
 Obstétrique.....(MORIN (P.)
 (MUSSET (R.)
 (ROBEY (M.)
 (THOYER-ROZAT (J.)
 Ophtalmologie.....(BRIGLAT (P.)
 (SARAUX (H.)
 Orthopédie.....(JUDET (R.)
 (RANADIER (J.)
 Oto-rhino-Laryngologie..... DEBAIE (J.)
 Parasitologie.....(BRUPE (L.C.) pr. s. ch.
 (CHABAUD (L.)
 (BARCAT (J.)
 (BINET (J.P.)
 Pathologie chirurgicale.....(CAUCHOIX (J.)
 (CHAILLIE (C.L.)
 (DUBOST (Ch.)
 (DUBOST (Cl.)

(TABUTEL (J.)
 (FLABREAU (F.)
 (SERLAIN (A.)
 (LAURENCE (G.) agr. per.
 Pathologie chirurgicale..... (LORTAT-JACOB (J.L.)
 (LONGUE (J.)
 (MERCADIER ()
 (PERROTIN (J.)
 (ROBERT (H.)
 (THOMERET (G.)

Pathologie exotique..... SCHNEIDER (J.)

(CROSNIER (J.)
 (HARTMANN (L.)
 (LOEPEL (J.)
 Pathologie expérimentale..... (LAURICE (J.)
 (PLAS (F.)
 (RICLET (G.)

(AUSSANAIRE (H.)
 (BOUR (H.)
 (BOUVIER (J.)
 (BOUVRAIN (Y.)
 (BRICHAIRE (H.)
 (BRISSAUD (H.)
 (BROCARD (H.)
 (BUGE (A.)
 (CASTAIGNE (P.) m. conf.
 (CATINAT (J.)
 (CONTAMIN (F.)
 Pathologie médicale..... (COURY (C.)
 (FRIZAL (J.)
 (HOUSSET (E.)
 (LAROCHE (Cl.)
 (LESCHER (R.)
 (LACTEZ (C.)
 (NICK (J.)
 (PEQUIGNOT (H.) m. conf.
 (ROYER (F.)
 (WOLTERCI (R.)

(JOSEPH (R.)
 (MANDE (R.)
 Pédiatrie-Puériculture..... (NOZZICONACCI (P.)
 (POLONOVSKI (C.)
 (ROSSIER (A.)

(LEVY (H.) pr. s. ch.
 Pharmacologie..... (ECISSEUR (J.)
 (LECHAT (P.)

Clinique ophtalmologique.....(DESVIGNES (P.)
(OFFERT (C.)

Clinique oto-rhino-laryngologique.. MAUDURO (P.)

Clinique pédiatrique et
puériculture.....(P.)

Clinique psychiatrique.....BARCK (H.)

Clinique urologique.....KUSS (R.)

IV. - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie..... MAUDURCY (P.) Pr. s. ch.
Biochimie médicale..... BERTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale..... RUDLER (J.) Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté..... R. JENA (C.)

Secrétaires..... Mme BEURLEND (H.)
M. G. L. (C.)
M. L. (C.)

Conservateur, chargé de la
direction de la Bibliothèque..... M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs..... Mlles DUMAITRE (P.)
GOICHON (A-H.)

Bibliothécaires..... (Mme COMTE (J.)
(M. L. (H.)
(L. NOIR (G.)
QUIEVREUX (L.)

A mon Père, à ma Mère, à ma Soeur

En témoignage de ma profonde affection

A toute ma famille

A tous mes amis

A Monsieur le Professeur L. NICHANX
Professeur de clinique psychiatrique infantile
Médecin des Hôpitaux

A qui j'exprime ma reconnaissance pour
m'avoir fait le très grand honneur d'accepter
la présidence de mon Jury de Thèse.

A MON MAITRE , le Docteur C O S S A
Médecin Chef du Service de neuro-psychiatrie
des Hôpitaux de Nice.

Vous avez bien voulu me conseiller et me
faire bénéficier d'une expérience de longue durée
pour le sujet de thèse que vous m'avez inspiré.

Pendant les deux années que j'ai passées
dans votre service, j'ai pu apprécier votre
enseignement bienveillant.

Qu'il me soit permis ici, de vous exprimer
ma gratitude et mon très respectueux attachement.

- A mes Maîtres dans les Hôpitaux de PARIS

- Monsieur le Professeur D E L A Y
- Monsieur le Professeur ALAJOUANINE

qui m'ont les premiers appris à aimer la psychiatrie et la neurologie.

- Monsieur le Professeur Q U E N U
- Monsieur le Professeur C A T H A L A
- Monsieur le Professeur P A D O V A N I
- Monsieur le Professeur R A V I N A
- Monsieur le Professeur F E Y
- Monsieur le Professeur C H A B R O L
- Monsieur le Professeur L I A N
- Monsieur le Professeur M O L L A R E T
- Monsieur le Professeur L E M A I R E
- Monsieur le Professeur D E G O S

- Au Docteur P E R O N
- Au Docteur C E L I C E
- Au Docteur M O N O D
- Au Docteur E V E N

à Monsieur le Professeur D E L M A S

pour son enseignement si clair de l'Anatomie du
Système Nerveux Central.

- à Monsieur le Professeur C R E M I E U X

Professeur de Clinique des Maladies du Système Nerveux

à la Faculté de Marseille.

- au Docteur E Y

Avec mes remerciements pour son bienveillant accueil
lors de mes séjours à Bonneval.

Au Docteur G. DARCOURT

Chef de clinique à la faculté de Marseille

Avec l'expression de ma très vive
reconnaissance pour l'aide inappréciable qu'il
m'a apporté au cours de l'élaboration de cette
thèse.



A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Nice

- Monsieur le Docteur M A Z E T
- Monsieur le Docteur A M E D E O
- Monsieur le Docteur S I M O N

A mes camarades d'internat.

ETUDE DES RESULTATS DU TRAITEMENT DES CRISES HYPOCHONDRIQUES PAR LES METHODES BIOLOGIQUES

(Etude stastistique portant sur 100 Observations)

CHAPITRE I

GENERALITES

Parmi les malades psychiatriques, aussi bien en clientèle qu'à l'hôpital, la catégorie des malades hypochondriaques est une des plus décevantes du point de vue thérapeutique.

Ce sont ces malades souvent anxieux, qui se complaisent à raconter de façon imagée, avec luxe détails, tous les maux dont ils se croient accablés, et "qui tirent de cette source inépuisable de soucis des thèmes sans cesse renouvelés et monotones de catastrophes somatiques" (EY) Ils ont eu, en général, les examens cliniques, radiologiques, de laboratoire les plus divers, et pour beaucoup un grand nombre d'opérations; ils sont à la fois avides de traitements, et toujours désabusés par leur inefficacité.

Certains de ces malades ont présenté une crise hypochondriaque pour la première fois, d'autres plusieurs crises séparées par des périodes de rémission complète, d'autres de véritables névroses hypochondriaques, névroses d'angoisse, névroses hystériques; mais tous ont un fond commun, semblable : cette séméiologie hypochondriaque si particulière.

Le caractère si habituellement chronique de l'évolution pourrait évidemment d'un point de vue théorique, faire rejeter toutes thérapeutiques aiguës. Pourtant ces malades arrivent à l'hôpital au cours de véritables crises, au moment où leur état hypochondriaque exacerbé présente une acuité qui leur interdit tout travail, toute activité même familiale, et les amène à rechercher un traitement immédiat, et plus énergique que tous ceux reçus jusqu'alors.

C'est ainsi que nous avons été amenés, ce qui fait l'objet de notre thèse, à faire une étude globale de l'ensemble des thérapeutiques biologiques dont il nous a semblé possible d'envisager l'application au cours de ces crises, et nous nous sommes intéressés plus particulièrement aux traitements par l'association insuline et chocs cardiazoliques, qui nous ont semblé être la thérapeutique la plus efficace.

Ceci n'était qu'une impression clinique nous avons voulu essayer de la vérifier par une étude stastique faite sur 100 observations prises au hasard parmi non hypochondriaques.

CHAPITRE II

LE MATERIEL

I) Généralités

Les malades que nous avons eu l'occasion d'étudier, ont été traités soit à la clinique privée du Docteur Cossa, soit à l'hôpital de Nice, dans le service de Neuro-psychiâtrie de Docteur Cossa, seul service spécialisé de cette région, et qui en dehors des cliniques privées, draine ainsi la plus grande partie des malades neuro-psychiatriques de toute la région des Alpes Maritimes, des Basses-Alpes, du Var.

Ces malades, presque tous d'origine méditerranéenne sont niçois, ou de souche italienne, ou Italiens venus travailler en France, particulièrement des Calabrais (dont la symptomatologie hypochondriaque a un caractère si particulier que nous les détectons immédiatement,) soit des Corses, quelques Yougoslaves ayant fui leur pays, enfin quelques algériens.

Il est certain que cette origine méditerranéenne colore de façon particulière les symptômes psychiatriques.

La symptomatologie hypochondriaque est particulièrement fréquente et riche, accompagnée de gestes descriptifs, d'un ton à la fois plaintif et exubérant.

Beaucoup de leurs états dépressifs, en particulier, s'expriment volontiers par une formulation hypochondriaque assez intense, au point que cette symptomatologie prend la première place et quelquefois peut, isolée, prendre la valeur d'équivalent dépressif.

A part les quelques cas que nous avons observés à la clinique privée du Docteur Cossa, à l'hôpital la population appartient en général à un milieu social assez pauvre.

2) Nous avons pris dans le service de l'hôpital et à la clinique au hasard 100 observations, s'étalant sur environ une huitaine d'année, et comportant différents traitements.

Nous avons ainsi rassemblé celles de 44 hommes et de 56 femmes, dont les âges varient entre 20 et 70 ans, sans prédominance pour un certain âge.

Parmi ceux-ci : Français : 73 (dont beaucoup d'origine Corse ou Italienne, la plupart du midi de la France)

Français	: 73
Italiens	: 18
Slaves	: 4
A.F.N.	: 5

Pour donner une idée du milieu social, voici, parmi ceux dont nous connaissons la profession, la répartition :

-Ouvriers: 22 - Paysans: 6 - Artisans: 6 -Employés: 13

Pour tous ces malades, le diagnostic porté était celui d'état hypochondriaque. Nous avons dit plus haut comment ces malades arrivaient à l'hôpital, au cours de véritables crises.

On pourrait être surpris de nous entendre parler globalement de crises hypochondriaques. C'est qu'il s'agit de malades difficilement intégrables dans une nosographie homogène.

Nous avons éliminé les conestopathes simples, les sujets chez lesquels la réaction hypochondriaque traduisait une évolution schizophrénique; ceux qui étaient des mélancoliques certains, associant leurs thèmes hypochondriaques à des idées d'indignité, de culabilité. Parmi les 100 malades retenus, il semble que l'on puisse considérer schématiquement trois lots :

a) Certains présentent des épisodes pathologiques aigus, au cours desquels ils exposent des thèmes typiquement hypochondriaques, en gémissant. Entre les crises, leur santé mentale est parfaite. Peut-être s'agit-il là d'une forme spéciale raciale, d'états dépressifs cycliques.

b) D'autres développent les mêmes crises épisodiques, mais ils le font sur un fonds permanent d'inquiétude facilement gémissante (les "pénibles" dit-on à Marseille)

c) D'autres enfin éprouvent tout au long de leur vie les affres d'une névrose hypochondriaque, tantôt à structure hystérique, et tantôt à structure obsessionnelle. Mais périodiquement ils exacerbent leurs troubles en une crise exactement semblable à celle des deux précédents types de malades. La distinction n'apparaît clairement que dans les cas extrêmes. Dans la pratique elle est bien difficile. En effet, dans les trois lots, les crises présentent la même symptomatologie, et à considérer les états inter-critiques, on s'aperçoit que toutes les formes de transition se rencontrent, et qu'insensiblement on passe du malade type a, au malade type b et au malade type c; enfin les crises répondent à la thérapeutique de façon exactement pareille dans les trois lots.

Nous croyons ainsi justifié de les considérer en bloc, sous ce terme de crises hypochondriaques, qui a l'avantage de ne pas comporter d'arrière-pensée pathogénique.

Nous avons pris comme critère de l'efficacité de chaque traitement l'évolution de cette crise, c'est à dire les résultats immédiats, et les résultats plus lointains.

LA CRISE est définie quand l'accroissement de l'intensité des troubles oblige le malade à interrompre ses activités habituelles, et impose l'hospitalisation.

Nous avons considéré comme une seule crise la période dans laquelle, sans ou malgré une thérapeutique, il n'y a pas eu de rémission de plus de 2 mois, réservant le terme de crise de longue durée à celles qui dépassent ce délai.

Les CRISES DE LONGUE DUREE sont les crises s'étalant sur plus de 2 ans sans rémission de plus de 3 mois; au cours desquelles le malade ne peut maintenir une activité normale, ne reprend que pour peu de temps son travail et l'arrête aussitôt, traîne dans les maisons de repos, subit tous les examens possibles et les traitements les plus divers, qui n'amènent une cessation ou une diminution des troubles que pour quelques semaines ou quelques jours seulement. C'est au cours d'une exacerbation particulièrement violente de leur état que ces malades viennent à l'hôpital.

Parmi nos malades, certains présentaient pour la première fois "une crise hypochondriaque", d'autres avaient, au cours de leur vie, déjà présenté une ou plusieurs crises qui avaient été suivies de rémissions appréciables, leur permettant une reprise d'activité normale, d'autres enfin présentaient les états que nous avons défini de longue durée.

Sur nos 100 malades, 153 crises ont exigé chacune une ou plusieurs cures thérapeutiques.

Pour illustrer ces définitions, et pour montrer des exemples de cette symptomatologie hypochondriaque un peu particulière, nous relaterons ici deux de nos observations:

-Observation n° 69 - Monsieur Michel A... né en 1909
-ajusteur- Français d'origine italienne.

Hospitalisé dans notre service du 28/6 au 6/8/57

Antécédents -1947 : épisode dépressif traité par Electro-choc dans une autre ville

-1956 : en Novembre : état dépressif traité à Cannes par 4 Electro-choc, au cours duquel le malade accusait déjà des sensations douloureuses de siège varié.

-1957 : rechute en février, traité par 8 E.C., qui amènent une légère amélioration sans vraie rémission.

- A son entrée à L'Hôpital en Juin 1957 :
Malade très anxieux, qui se plaint de sensations pénibles et douloureuses de siège varié : " Sent son cœur battre d'une drôle de façon - ses artères battent au pli du coude - sent des espèces de tiraillements au niveau de la face et dans le crâne."

Nous avons traité ce malade par une série de chocs cardiazoliques (8 au total) associés à des chocs humides par l'insuline. Nous avons obtenu une rémission parfaite des troubles : à la sortie de l'hôpital, le malade allait tout à fait bien et pouvait reprendre son travail.

- Le 23 Février 1959, nous recevons une lettre de lui qui nous dit: "Je travaille actuellement, je dors six ou sept heures par nuit, sans rien prendre pour dormir. Je ne ressens plus aucun des troubles que j'avais."

Nous voyons apparaître dans cette observation cette formulation hypochondriaque particulière, qui peut être considérée comme l'équivalent des états dépressifs antérieurs du sujet.

Nous référant à notre définition, nous avons considéré comme une seule crise l'épisode commencé en Novembre 1956 et terminé en Aout 1957, crise s'étalant donc sur 10 mois, sans rémission de plus de 2 mois, et qui a eu 3 cures thérapeutiques

-Observation n° 51 - type d'observation de crise de longue durée. Madame Germaine B... née en 1914

Hospitalisée dans notre service du 14/7 au 30/8/54

-Depuis 5 ans environ, troubles divers ayant débuté après un traumatisme psychique.

Depuis ce moment, "Dés qu'il y a un courant d'air, ça fait du bruit dans ma tête, j'ai l'impression que ma tête enfle, ou ma jambe. Cela n'a jamais cessé".

-en Juin 1954 : exacerbation des troubles, traités par E.C., qui n'améliorent pas la malade.

Les troubles augmentent encore, et c'est à ce moment qu'elle est hospitalisée dans le service.

Elle nous dit alors "Quand c'est le vent d'Italie qui souffle, cela me donne des douleurs dans une épaule, quand c'est le Mistral, c'est la tête et les jambes". "J'ai l'impression que mon sang fait flouc, flouc".

Elle est traitée par 10 chocs cardiazoliques associés à 24 chocs humides par l'insuline qui amènent une rémission de tous les troubles.

-en Octobre: elle revient à la consultation: elle se trouve bien surtout quand elle est seule, et qu'elle ne travaille pas; s'il y a du monde, elle se plaint encore par moments de maux de tête.

Nous avons considéré cette crise comme une crise de longue durée, puisqu'elle s'étalait sur une période de 5 ans sans aucune rémission, et c'est au cours d'une exacerbation que la malade nous a été amenée.



CHAPITRE III

LES TRAITEMENTS

La Cure thérapeutique

Nous considérons comme une cure thérapeutique : le traitement du paroxysme d'un état hypochondriaque par une même et seule sorte de traitement, par exemple : une série de chocs par le cardiazol, institués au cours d'une hospitalisation pour une crise hypochondriaque.

Nous avons compté une seule cure thérapeutique, lorsqu'au cours d'une hospitalisation, nous avons commencé par faire 3 ou 4 E.C., et que par la suite, soit parce que nous les jugions inefficaces, soit pour d'autres raisons, nous avons abandonné ce traitement pour en suivre un autre.

Pour une crise au sens où nous l'avons défini plus haut, par exemple, pour celles s'étalant sur une année avec des rémissions de moins de 2 mois, plusieurs cures thérapeutiques ont souvent été instituées.

Sur 153 crises observées, nous avons eu 178 cures thérapeutiques.

Nous avons classé en catégories différentes les malades dont les crises ont nécessité une, deux, trois, quatre cures thérapeutiques, ou davantage.

Tableau n°I

Nombre de Cures Thérapeutiques

Nombre de malades ayant eu 1 :	(Crises 'Ordinaires' : 74)	Total Cures
1 cure thérapeutique par crise :	(Crises Longue Durée : 16)	Thérapeutiques
		90x1 = 90
Nombre de malade ayant eu 2 :	(Crises ordinaires : 15)	Total
2 cures thérapeutiques par crise :	(Crise Longue Durée : 7)	22x2 = 44
Nombre de malades ayant eu 3 :	(Crise ordinaire : 8)	Total
3 cures thérapeut. par crise :	(Crise Longue Durée : 3)	11x3 = 33
Nombre de malades ayant eu 4 :	(Crise ordinaire : 2)	Total
4 cures thérapeut. par crise :	(Crise Longue Durée : 1)	3x4 = 12
		Total = 179
		général

1°) LES DIFFÉRENTES THÉRAPEUTIQUES EMPLOYÉES - TECHNIQUES

A) LE CARDIAZOL associé à l'insuline

Nous employons très peu les chocs cardiazoliques seuls, mais presque toujours associés aux chocs humides par l'insuline.



Nous avons fait 78 cures par cette méthode. Seuls 4 de nos malades ont eu des chocs cardiazoliques sans insuline.

Le CARDIAZOL, découvert fortuitement par le Docteur SCHMIDT, est le pentaméthylène tétrazol, dont on connaît les principales propriétés :

-durée d'action brève, se résorbant vite, son action principale consistant en une excitation du système nerveux central.

L'antagonisme biologique envisagé entre l'épilepsie et la schizophrénie est à la base des travaux de Von Meduna sur le déclenchement artificiel des crises d'épilepsie par le Cardiazol dans le traitement des schizophrènes.

a) contre-indications :

Nous nous abstenons de cette thérapeutique dans tous les cas de grossesse, insuffisance rénale, et hépatiques nettes, tuberculose évolutive, maladie fébrile et chez les gens trop âgés. Nous écartons les malades dont l'état cardio-vasculaire est déficient, et nous faisons avant tout traitement un Electro-cardiogramme. Enfin nous nous abstenons chez ceux qui ont une fragilité osseuse, ou des déformations du rachis particulière.

b) Technique : (Thérapeutique neurologique et psychiatrique du Docteur COSSA)

-le malade à jeun, est en état de choc insulinaire humide c'est à dire qu'il a reçu le matin une dose d'insuline variable pour chacun, en moyenne de 20 à 40 unités; cette dose provoque un état de somnolence et de sudation sans aller jusqu'au coma.

-Vitesse et dose initiale d'injection du Cardiazol :

Il est nécessaire d'injecter très rapidement : 1 cm³ par seconde; la dose utile ne peut être déterminée à l'avance; néanmoins, en moyenne, 7 cm³ de la solution à 10% suffisent à provoquer une crise norrocte, avec un temps de latence d'une dizaine de seconde environ. Suivant les résultats obtenus, lors de la première crise, nous modifions les doses.

-Périodicité et nombre de chocs :

Nous observons le rythme de deux chocs par semaine en moyenne, le nombre est variable, en moyenne de 6 à 10.

Tableau n°2

Nombre de malades ayant été traités par une série de 3 chocs:			7 malades
"	"	"	4 chocs: 8
"	"	"	5 chocs: 5
"	"	"	6 chocs: 9
"	"	"	7 chocs: 5
"	"	"	8 chocs: 17
"	"	"	9 chocs: 6
"	"	"	10 chocs: 13
"	"	"	12 chocs: 8

-Incidents et accidents:

- L'anxiété de la phase de latence est très réduite par la préparation à l'insuline.
- L'avortement de la crise par une dose insuffisante pour le malade, nous renouvelons immédiatement l'injection.
- L'E.E.G. perturbé souvent après la série, se régularise dans les deux mois qui suivent.

-Chocs cardiazoliques sous curarisations

Ces derniers temps, nous avons étendu les indications des chocs cardiazoliques par la pratique du choc sous curare.

- On soumet le malade, qui n'a pas reçu d'insuline ce jour là à une légère narcose par l'injection d'une dose variable de Nesdonal, en moyenne 0,025 gr. Puis on injecte par voie veineuse une dose de chlorure de succinyl-curarium de 1/2 à 3/4 de milligramme par Kilog. de poids corporel.

Environ une minute après, nous injectons rapidement une dose de cardiazol qui est en moyenne de 10 à 15 cm³ de la solution à 10%.

La crise ne se manifeste alors que par de faibles secousses. Nous administrons, à l'aide d'un masque d'anesthésie, quelques bouffées d'oxygène.

- Par cette méthode, nous n'avons eu, jusqu'ici, à déplorer aucun incident; quelques apnées un peu prolongées ont rapidement rétrogradé avec l'aide de la réanimation par l'appareil à oxygène.

Cette méthode a l'avantage de supprimer à la fois l'angoisse de la phase de latence chez les sujets particulièrement sensibles, et d'autre part de permettre ces chocs chez des sujets chez qui les complications osseuses seraient à redouter.

B) L'Electro-Choc (E.C.)

Nous avons fait 54 cures thérapeutiques à nos malades par cette méthode.

Nous passerons rapidement sur cette technique bien connue.

1) Contre-indication très peu nombreuses

- Les altérations cardio-vasculaires graves. Nous faisons toujours faire un E.C.G. à nos malades et au besoin prenons l'avis d'un cardiologue.

- Anévrysme de l'aorte.

- La fragilité osseuse est devenue une contre-indication très relative avec la technique du choc sous curare.

2) Technique

40 à 60 secondes, après une préparation au curare, conduite comme précédemment, le choc est administré. Nous n'avons eu d'autres incidents que quelques apnées prolongées.

C) THERAPEUTIQUES MINIEURES

Nous avons rangé sous ce nom : les cures de sommeil, les chocs humides par insuline, les Tranquillisants, les opposant ainsi aux thérapeutiques de chocs.

- a) Cure de Sommeil: Seuls 4 de nos malades ont été traités ainsi.

Technique : un peu variable avec chaque malade; en

en général, nous associons toutes les quatre heures des injections de gardénal, phénergan, largactil, pendant une dizaine de jours.

b) Tranquillisants: Surtout employés chez nos malades ambulants, suivis à la consultation externe. 12 ont été traités ainsi. Nous employons surtout le Largactil, 4 à 10 comprimés par jour; le Théralène: 4 à 6 comprimés par jour; souvent une association Bellergal-Largactil.

c) Chocs humides par l'insuline : Il nous est arrivé quelquefois d'utiliser uniquement les chocs humides tels que nous les avons décrits plus haut, sans aucune autre association thérapeutique? Nous avons traité 6 malades ainsi.

D) PSYCHO-CHIRURGIE

Nous utilisons 3 types d'intervention:

- 1° La lobotomie frontale
- 2° Simple novocainisation de la substance blanche frontale (que nous employons le plus souvent)
- 3° Enfin la topéctomie.

2°) LES INDICATIONS DE CES DIFFÉRENTES THÉRAPEUTIQUES

Nous avons établi un tableau qui relate les différentes variétés de techniques, employées sous la direction du Docteur COSSA, ou ailleurs. Le choix des traitements est assez différent dans notre service, et ailleurs; nous utilisons beaucoup les chocs par le cardiazol et fort peu les cures de sommeil ou les tranquillisants; le contraire se passe dans les autres services, où ont été traité nos malades avant de nous venir.

Tableau n°3

	IInsuline+:	:E.C.+Insuline:	Thérap.	: Neuro-	:Totaux
	ICardiazol:	E.C:	+Cardiazol	:Hineures	:Chirurgie :
Dans	I	:	:	:	:
le	I	78	: 34	: 20	: 6
Service	I	:	:	:	: 5
	I	:	:	:	: 143
Ailleur	I	0	: 20	: 0	: 16
	I	:	:	:	: 0
Totaux	I	78	: 54	: 20	: 22
	I	:	:	:	: 5
	I	:	:	:	: 179

Variétés des cures thérapeutiques

-Indications de ces traitements dans le service :

A) Le Cardiazol

a) le Cardiazol seul: employé très rarement, par exemple pour un malade qui a eu peu de temps auparavant une série de chocs associés aux chocs humides et qui fait une légère rechute.

b) Association Cardiazol et chocs humides par insuline réservés à deux sortes de malades :

Au cours d'une cure de Sakel chez les schizophrènes
Chez les Hypochondriaques

A part ceux pour qui les contre-indications énoncées plus haut nous font rejeter cette sorte de traitement, nous traitons de cette manière presque tous les hypochondriaques qui présentent une symptomatologie nette et intense, et qui sont entrés au cours d'une Crise.

B) Les I.C.

Nous les prescrivons :

1) Pour la série des malades dépressifs, chez qui la formulation hypochondriaque n'est qu'un des caractères mineurs de la symptomatologie; souvent la cessation de l'état hypochondriaque va de pair avec celle de l'état dépressif. Si, au bout de 6 I.C. en moyenne, la symptomatologie persiste après cessation de l'état dépressif, nous passons alors aux chocs par le cardiazol.

2) Surtout avant la technique des chocs par cardiazol sous curaren nous réservions cette technique aux gens ayant une fragilité osseuse particulière, ou des déformations du rachis, puisque depuis longtemps nous faisons nos elec tro chocs sous curare.

3) Chez les personnes âgées.

4) Enfin chez les gens qui refusent les chocs par cardiazol après un ou deux chocs en raison d'une phase d'anxiété trop marquée.

C) Les Thérapeutiques linéaires

1) Chez tous les malades dont la symptomatologie ne nous paraît pas assez intense pour justifier d'emblée une thérapeutique par les chocs sans avoir tenté des traitements plus légers.

2) Dans les cas où la thérapeutique de chocs ne peut être envisagée :

- à cause de l'état cardio-vasculaire

- à cause de l'état du rachis

ou pour toute autre contre-indication aux thérapeutiques de chocs.

3) Quand le malade ou la famille s'opposent à tout traitement par les chocs.

Nous ne pratiquons aucun choc par cardiazol, ou electro-choc, sans en avoir averti la famille, et sans son consentement

4) Pour les malades suivis en consultation externe.

D) La psycho-chirurgie

Nous la réservons toujours aux cas désespérés, lorsque nous avons essayé et plusieurs fois, toutes les autres thérapeutiques, lorsque nous n'avons obtenu aucun résultat, et que la vie du malade est devenue impossible pour lui et pour son entourage, le malade ne pouvant maintenir aucune activité sociale, ni même familiale.

CHAPITRE IV

METHODES EMPLOYEES

pour la REDACTION et l'APPRECIATION des RESULTATS

Voici comment nous avons pratiqué pour arriver à faire une étude statistique de nos résultats :

A) LES FICHES - Nous avons établi pour chaque malade une fiche sur laquelle nous avons noté :

- les renseignements d'identité,
- un bref résumé de l'observation avec les points importants
- un graphique sous la forme de 3 courbes, indiquant :
 - la symptomatologie hypochondriaque
 - la symptomatologie dépressive
 - l'activité sociale (ou familiale)

et ceci classé en 3 degrés, suivant l'intensité des signes nuls- moyens - intenses -

- correspondant à chaque point de ce graphique, les différentes thérapeutiques.

Nous pouvions ainsi suivre sur une courbe très facile à lire, l'évolution de la maladie sur une dizaine d'années, avec ses crises et ses rémissions.

Nous avons noté, en outre, sur chaque fiche, les résultats immédiats, les suites de l'évolution, la classification en crises courtes ou crises de longue durée.

B) CODIFICATION DES RESULTATS

Nous avons codifié les résultats de la manière suivante :

1) les résultats immédiats:- qu. nous avons, suivant l'état du malade à la fin du traitement, à la sortie de l'hôpital, classés en 3 catégories :

- a) bons résultats : s'il y a eu rémission totale de la symptomatologie présentée par le malade à son entrée.
- b) résultats moyens : s'il y a eu seulement amélioration assez nette des symptômes, sans que l'on puisse parler de rémission complète, pour permettre au malade de reprendre une vie sociale active, et familiale normale.
- c) échecs : dans les cas où il n'y a eu aucune amélioration après le traitement.

2) Les suites lointaines: divisées aussi en 3 catégories

a) ce que nous avons appelé : les rémissions ou améliorations maintenues contrôlées

Malades sortis en bon état, avec soit rémission, soit seulement amélioration des troubles et dont nous avons eu des nouvelles, par lettres, ou quand ils sont revenus à la consultation externe pour la vérification demandée.

b) les rechutes : Malades sortis en bon état, avec soit rémission, soit amélioration des troubles, et ayant subi après un certain temps, une nouvelle crise.

Parmi ces malades, il en existe deux sortes:

- ceux qui, à l'occasion de cette rechute reviennent pour une nouvelle hospitalisation.

- ceux dont nous avons appris qu'ils avaient fait une nouvelle crise, mais qui ne sont pas revenus.

c) La catégorie des malades perdus de vue

Malades dont nous n'avons eu aucune nouvelle après leur départ de l'hôpital.

d) nous avons classé également ces différents résultats selon la durée d'observation : Nous avons, en effet, l'occasion d'avoir des nouvelles de ces malades à des intervalles de temps assez différents. Les cas de ceux que nous revoyons au cours de la première année après leur crise ne nous ont pas posé les mêmes problèmes que les cas de ceux que nous revoyons seulement plus tard, au cours de la deuxième année ou après. Nous avons ainsi divisé nos résultats en deux catégories.

C) ANALYSE DES DONNEES UTILISABLES, et VALEUR DES RESULTATS

1) Pour les résultats immédiats, il ne se pose pas de problème autre que la valeur de notre appréciation.

2) Pour l'évolution lointaine, les renseignements que nous possédons sont de valeur inégale.

- suivant que l'évolution lointaine nous était connue (malades dont nous avons pu contrôler le maintien de l'amélioration; malades qui avaient rechutés)

- suivant qu'au contraire, l'évolution nous était inconnue, les malades ayant été perdus de vue. Si au début nous avions été tentés de les éliminer, nous nous sommes rendu compte qu'il était possible de tirer de leur étude des renseignements, soit cliniquement valables, soit sous le contrôle des lois de la Statistique.

Cliniquement, quand les malades avaient eu de bons résultats immédiats, nous avons remarqué que beaucoup étaient ensuite perdus de vue. Sur ceux d'entre eux que nous pouvions suivre et parfois pendant des années, les rechutes étaient très rares.

Quand les malades n'avaient eu que des résultats immédiats moyens, nous constatons que les rechutes étaient plus fréquentes et la plupart revenaient et pouvaient être suivis.

Notre hôpital est le seul hôpital, et notre service le seul service neuro-psychiatrique d'une très vaste région, de sorte que les malades, y compris les hypochondriaques, ont l'habitude de la facilité, et presque l'obligation géographique d'y revenir en cas de rechute. Il nous a semblé pouvoir en conclure que parmi ceux qui ne revenaient pas, et étaient des perdus de vue, la plupart ne revenaient pas parce qu'améliorés ou guéris définitivement.

Pour vérifier ces déductions cliniques, et la valeur de ces résultats incertains, nous avons eu recours à la rigueur des études statistiques.

Cette étude statistique a utilisé la méthode du χ^2 de FISHER, qui permet de mesurer la confiance qu'il convient d'accorder à la différence entre deux ou plusieurs proportions

et d'éliminer ce qui pourrait être seulement du au hasard. Si deux facteurs étudiés ne sont pas liés entre eux, le hasard (ou un autre facteur qui nous échappe) peut être responsable des différences observées.

On dresse des tableaux de répartition théorique (c'est à dire correspondant à une distribution avec des facteurs indépendants) pour les mettre en parallèle avec les tableaux établis à partir des chiffres concernant les cas observés. On peut ainsi mesurer la différence entre les nombres des cas observés et escomptés.

Lorsqu'en par exemple, on compare les succès et les échecs de deux traitements, on peut, à l'aide de ces résultats, trouver quels seraient les chiffres obtenus, si l'efficacité de ces deux thérapeutiques étaient les mêmes et si seul le hasard était responsable de la différence des proportions, soit :

: Thérapeutiques :	A	:	B	:	:
:	:	:	:	:	:
: Succès :	n1	:	n2	:	n1 + n2
:	:	:	:	:	:
: Echecs :	n3	:	n4	:	n3 + n4
:	:	:	:	:	:
: Totaux :	n1 + n3	:	n2 + n4	:	n1+n2+n3+n4
:	:	:	:	:	:

On trouve les chiffres théoriques : n'1, n'2, n'3, n'4, par les formules suivantes :

$$n'1 = \frac{(n1+n2)(n1+n3)}{n1+n2+n3+n4}$$

$$n'2 = \frac{(n1+n2)(n2+n4)}{n1+n2+n3+n4}$$

La somme de ces résultats est appelé Qui carré (X2) et correspond à la formule :

$$\frac{(\text{nombre observé} - \text{nombre escompté})^2}{\text{nombre escompté}}$$

Nous avons pu ainsi :

- 1°) calculer le X2 pour un tableau dans son ensemble, ou pour une partie isolée du tableau.
- 2°) associer une probabilité à chaque valeur du X2, à l'aide de tables de références.

Nous avons pris les seuils significatifs suivants :

- Probabilité égale ou inférieure à 1% : très significatif
- Entre 1% et 2% : significatif
- Au dessus : non significatif

A) -Relation entre la qualité des résultats immédiats et le nombre de rechutes connues.



Tableau n° 4

Résultats immédiats :	Rechutes connues :	mélioration :	Totaux :
		contrôlée + :	
		perdus de vue :	
BONS	9	41	50
MOYENS	47	50	97
ECHecs	23	9	132
Totaux	79	100	179

Il y a moins de rechutes connues avec les bons résultats immédiats qu'avec les résultats moyens.

L'étude statistique de ce tableau montre que cette différence entre le nombre de rechutes pour les bons résultats et les autres est significative (P inférieur à .01.), c'est à dire qu'il y a moins d'une chance sur cent pour que le hasard ait donné une telle répartition.

S'il y a d'autant moins de rechutes connues que le résultat immédiat est meilleur, il n'y a aucune raison pour que les malades qui ont eu de mauvais résultats immédiats reviennent plus souvent que ceux qui en ont eu de bons, si ceux-ci avaient rechutés.

D'où la conclusion : il y a d'autant moins de rechutes que le résultat immédiat est meilleur.

B) - Relation entre la qualité des résultats immédiats et la précocité des rechutes

Nous avons éliminé les échecs puisque pour ceux-ci, il est évident qu'il y a rechute immédiate.

Tableau n°5

Résultats immédiats :	Rechutes avant :	Rechutes après :
	un an	un an
BONS	5	4
MOYENS	24	13

Ici le nombre de bons résultats est trop peu élevé pour qu'un calcul statistique puisse être significatif. Nous ne pouvons donc rien tirer de cette étude.

C) - Relation entre la qualité des résultats immédiats et le nombre de perdus de vue

Tableau n°6 : Nombre de perdus de vue

Tableau n°6

-17-

Résultats immédiats	Perdus de vue depuis : moins d'un an	perdus de vue depuis : plus d'un an
BONS	14	18
MOYENS	13	28
ECHECS	4	4

Peu d'échecs aboutissent à des "perdus de vue". En effet, les échecs ont été le plus souvent suivis d'un traitement plus ou moins immédiat.

Nous n'utiliserons pour le calcul statistique que les bons résultats et les moyens.

Tableau n°7

Résultats immédiats	Perdus de vue	Rémissions contrôlées : + rechutes	Totaux
BONS	32	18	50
MOYENS	41	56	97
Totaux	73	74	147

Ici, il y a proportionnellement plus de perdus de vue avec les bons résultats qu'avec les résultats moyens.

L'étude statistique de ce tableau nous montre que cette différence entre le nombre de perdus de vue pour les bons et les moyens résultats est significative. (P inférieur à .01.)

Nous pouvons donc dire qu'il y a plus de perdus de vue avec les bons résultats qu'avec les moyens résultats; et qu'il existe une relation valable entre la qualité des résultats immédiats et la qualité de l'évolution.

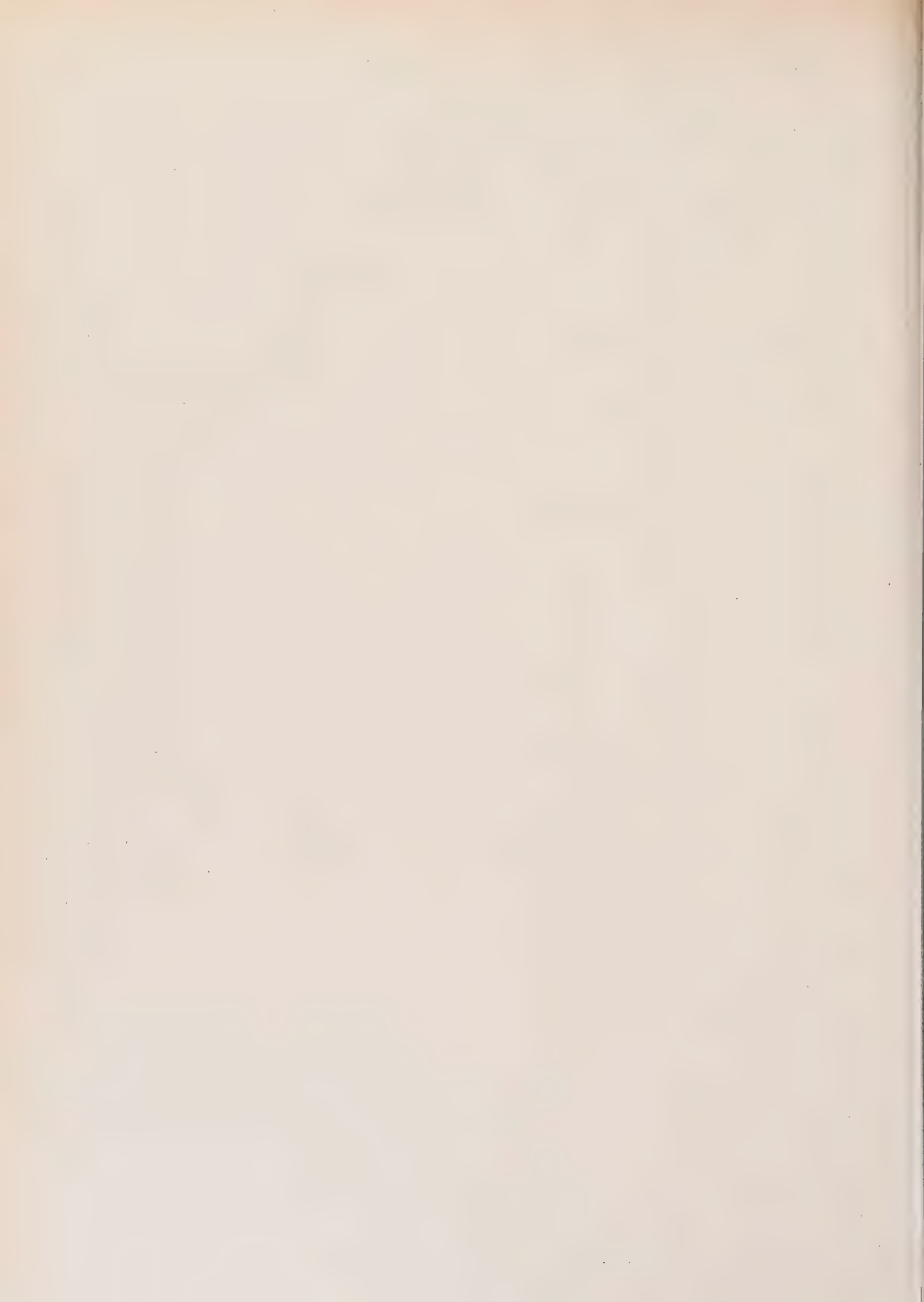
De bons résultats entraînent moins de rechutes et plus de perdus de vue.

D) - Relation entre le nombre de rechutes et le nombre de perdus de vue.

Ce calcul ne sera qu'une confirmation de ceux qui précèdent : s'il y a moins de rechutes et plus de perdus de vue chez les bons résultats, nous devons trouver ici des rapports inversement proportionnels.

Tableau n°8

Résultats immédiats	Rechutes	Perdus de vue	Totaux
BONS	9	32	41
MOYENS	47	41	88
Totaux	56	73	129



Nous avons bien ici moins de rechutes et plus de perdus de vue avec les bons résultats.

L'étude statistique montre que la différence entre le nombre de rechutes et le nombre de perdus de vue est significative (P inférieur à .01.) ce qui confirme nos conclusions précédentes.

En Conclusion :

Toute cette étude montre que:

1° Pour les bons résultats immédiats, il y a moins de rechutes et plus de perdus de vue.

2° Il n' y a aucune raison, dans ce cas, pour que les malades qui rechuteraient ne reviennent pas. (Nous voyons bien revenir ceux dont les résultats immédiats ont été moins bons). Toute probabilité est donc que dans un tel groupe de malades, les résultats lointains sont meilleurs et que beaucoup de nos perdus de vue, qui avaient de bons résultats immédiats, n'ont pas rechuté.



CHAPITRE V

RÉSULTAT POUR CHAQUE TRAITEMENT

1° ETUDE ANALYTIQUE

A) Le Cardiazol associé aux chocs humides -78 cures -

a) résultats immédiats :

Bons : 37 Moyens : 35 Echecs : 6

Nous remarquons ici le grand nombre de bons résultats par rapport aux échecs (en petit nombre)

b) évolution lointaine :

Tableau n°9

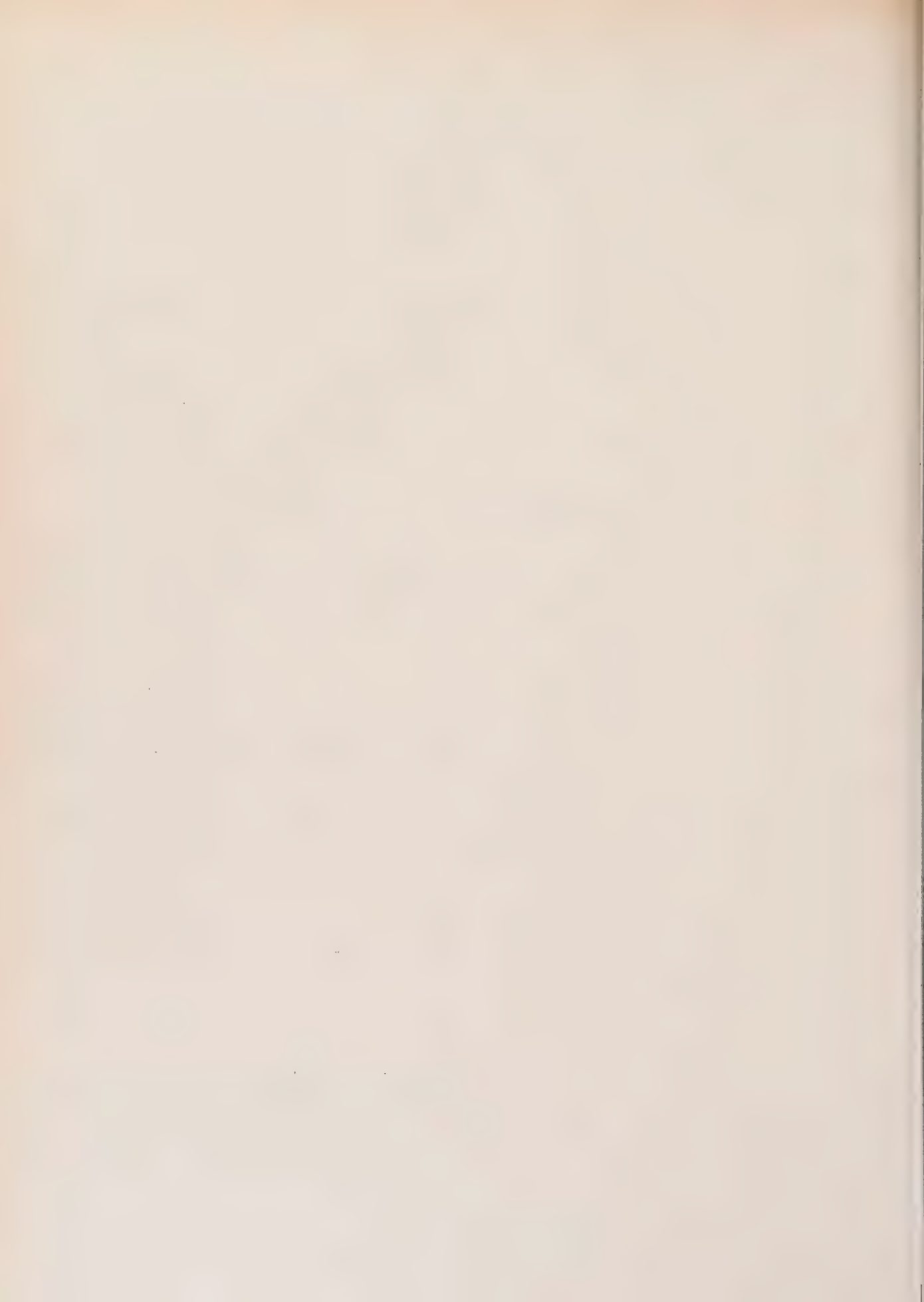
	1ère année	2ème année	Totaux
Rémissions et Améliorations :			
contrôlées	9	3	12
Rechutes	9	7	16+1
Perdus de vue	17	32	49
Totaux	35+1	42	78

Nota: le +1 correspond au résultat d'un échec, c'est à dire à une rechute immédiate qu'il nous a semblé utile de mettre à part.

Sur un total de 78 cures, nous avons donc pu suivre pendant une ou deux années l'évolution de 29 des résultats : nous avons pu contrôler le maintien des rémissions ou améliorations pour 12 d'entre eux; 16 cures ont été suivies de rechutes; 49 malades ont été perdus de vue.

Tableau n°10 : évolution lointaine pour chacun des résultats immédiats.

	Bons résultats		Moyens résultats		Echecs
	1 ^{re} année	2 ^{ème} année	1 ^{re} année	2 ^{ème} année	(1 ^{re} an. 2 ^e an.)
Rémissions maintenues (contrôle ultérieur)	4	2	5	1	
Rechutes	3	4	6	3	1
Perdus de vue	11	13	4	16	2 3



c) Nombre de chocs : variable avec les malades (Voir chapitre III - tableau n°2)

d) Incidents observés : -un tassement vertébral, qui nous a obligés d'arrêter les chocs par cardiazol (à ce moment là, nous ne faisons pas de chocs cardiazoliques sous curare) et de continuer par des I.C. sous curare.

-un malade, immédiatement après l'injection et la crise a présenté une violente agitation que nous avons eue de la peine à juguler pendant quelques instants mais qui a cédé à une injection de phénergan; par la suite cet incident ne s'est pas renouvelé.

-4 malades ont refusé le traitement par les chocs cardiazoliques, 2 après le 4ème, 1 après le 3ème 1 après le 2ème, malades chez qui au cours des chocs la phase d'anxiété avait été très intense, et qui, par la suite, avant le choc, présentaient une anxiété considérable.

B) Les Electro-Chocs -54 cures par cette méthode.

a) résultats immédiats :

Bons : 2 Moyens : 39 Echecs : 13

Nous remarquons ici la moins bonne qualité des résultats

b) évolution lointaine Tableau n°II

	1ère année	2ème année	Totaux
Remissions maintenues:			
(Contrôle ultérieur:	0	0	0
Rechutes après bons et moyens résultats	17	8	25
Rechutes immédiates après échecs	10	0	10
Perdus de vue	3	11	19
Totaux			54

Sur 54 cures, nous avons pu suivre l'évolution des résultats pendant un ou deux ans pour 35 d'entre elles; nous n'avons pu contrôler ultérieurement aucune des rémissions; 25 ont été suivies de rechutes, 19 ont été perdus de vue.

c) évolution pour chaque résultat immédiat

Tableau n° I2

Tableau n° 12

-21-

	Bons résultats		Moyens résultats		Echecs		Total
	1 ^{re} année	2 ^{ème}	1 ^{re} année	2 ^{ème}	1 ^{re} année	2 ^{ème}	
Rémissions contrôlées	0	0	0	0	0	0	
Rechutes			17	7	10	1	
Perdus de vue	1	1	6	9	1	1	
Totaux	1	1	23	16	11	2	54

d) Nombre de chocs, variables avec les malades

Tableau n° 13

Nombre de malades ayant eu 3 chocs	: 1 malade
4 chocs	: 4 "
5 chocs	: 2 "
6 chocs	: 9 "
7 chocs	: 0 "
8 chocs	: 10 "
9 chocs	: 2 "
10 chocs	: 5 "
11 chocs	: 2 "
Nombre de malades ayant eu 12 chocs	: 4 malades.

La moyenne est environ une huitaine de chocs.

e) Incidents : nous avons eu seulement deux apnées un peu prolongées.

c) Electro-chocs + chocs cardiazoliques - 20 cures -

a) résultats immédiats

Bons : 7 Moyens : 13 Echecs : 0

Nous remarquons ici la bonne qualité des résultats immédiats.

b) évolution lointaine : Tableau n° 14

	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	Totaux
Rémissions contrôlées	1	1	2
Rechutes	5	2	7
Perdus de vue	4	7	11
Totaux	10	10	20

Nous avons pu suivre l'évolution de 9 malades, et contrôler le maintien de la rémission deux fois; II ont été perdus de vue.

c) évolution lointaine pour chaque résultat

Tableau n° 15

	Bons résultats		Moyens résultats		Totaux
	1 ^{re} année:2 ^{ème}		1 ^{re} année :2 ^{ème}		
Rémissions contrôlées	I	0	0	I	
Rechutes	I	0	4	2	
Perdus de vue	I	4	3	3	
Totaux	3	4	7	6	20

D) Thérapeutiques mineures : 22 cures par cette méthode

-Cures de sommeil : 4
 -Tranquillisants :12
 -Chocs humides par insuline : 6

a) résultats immédiats

Bons : 2 Moyens : 18 Echecs:12

Nous remarquons ici la grande proportion d'échecs, et l'existence du peu de bons résultats.

b) évolution lointaine pour chaque résultat immédiat

Tableau n° 16

	Bons résultats		Moyens résultats		Echecs		Totaux
	1 ^{re} année:2 ^{ème}		1 ^{re} année: 2 ^{ème}		1 ^{re} année:2 ^{ème}		
Rémission contrôlée	0	0	0	0	0	0	0
Rechutes	I	0	7	I	10	I	20
Perdus de vue	0	I	0	0	I	0	2
Totaux	I	I	7	I	II	I	22

c) évolution lointaine

Tableau n° 17

	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	Totaux
Rémission contrôlée	0	0	
Rechutes	8	I	
Rechute après échec	10	I	
Perdus de vue	2	0	
Totaux	20	2	

Nous n'avons donc pu contrôler le maintien d'aucune des rémissions. Nous n'avons perdu de vue que 2 malades; par contre nous avons 11 rechutes immédiates correspondant aux nombreux échecs, et 9 plus tardives.

D) Interventions chirurgicales : 5 de nos malades ont subi des interventions chirurgicales.

a) résultats immédiats : Bons: 3 Moyens: 1 Echec: 1
(décès)

b) évolution lointaine : outre le décès, nous avons eu trois rechutes au cours de la première année. Un seul bon résultat s'est maintenu jusqu'à maintenant, c'est à dire 5 ans après l'intervention.

2°) COMPARAISON ENTRE LES RÉSULTATS OBTENUS PAR CES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS

4) Comparaison des résultats obtenus par les thérapeutiques de chocs et les thérapeutiques mineures.

I52 cures par thérapeutiques de choes
22 cures par thérapeutiques mineures

a) résultats immédiats Tableau n° 18

	Théráp. de Choc	Théráp. Hincuros
BONS	46	2
MOYENS	87	8
ECHECS	19	12

Nous n'avons pas un assez grand nombre de malades pour poser des conclusions affirmatives; ces résultats nous permettent cependant une présomption très nette en faveur de l'efficacité beaucoup plus grande des thérapeutiques de chocs.

b) évolution éloignée

Seuls nous intéressent l'évolution des bons et moyens résultats, les échecs étant des rechutes immédiates; il ne nous reste donc que 10 cas de thérapeutiques mineures.

Sur ces 10 cas: -9 rachutes: -8 la première année
-1 la deuxième
-1 perdu de vue.

Sur ces 10 cas de bons et moyens résultats, nous avons 9 rechutes. Nous pouvons conclure que cette thérapie est le plus

souvent totalement inefficace et sans rapport avec la⁻²⁴⁻
valeur des thérapeutiques de chocs.

B) Comparaison des résultats obtenus par les différentes
thérapeutiques de chocs : Electro-chocs et chocs cardiazoli-
ques.

Sur 100 malades qui ont présenté 133 crises:

- 78 traités par Cardiazol + Insuline
- 54 traitées par Electro-Chocs
- 20 traitées par E.C.+Cardiazol

1152 cures ont été pratiquées.

I) résultats immédiats Tableau n°19

:Résultats:Cardiazol: Electro-:E.C.+Cardiazol: Totaux :					
: +Insuline::		Chocs : +Insuline :		:	
: BONS :	37 :	2 :	7 :	46 :	
: MOYENS :	35 :	39 :	13 :	87 :	
: ECHecs :	6 :	13 :	0 :	19 :	
: Totaux :	78 :	54 :	20 :	152 :	

Ce tableau nous montre :

a) par l'étude des résultats d'ensemble que :

- les échecs sont peu nombreux : 12,5% des cas.
- les résultats sont meilleurs avec l'association Cardiazol + Insuline qu'avec les Electro-chocs. Les écarts sont suffisamment grands pour mettre ce fait en évidence.

Si nous contrôlons la validité de cette affirmation, par un calcul statistique, on voit qu'il y a beaucoup moins d'une chance sur 100 pour que le hasard ait donné une telle répartition, nous pouvons donc en conclure que ces écarts sont significatifs.

b) Nombre de chocs pratiqués

Il n'y a pas intérêt à examiner le nombre de chocs faits dans les traitements suivis d'échecs.

Nous envisageons seulement les séries efficaces, c'est à dire suivies de résultats bons ou moyens.

- Au cours de 72 traitements par Cardiazol+Insuline, 545 chocs ont été faits, soit une moyenne de 7,6. Les cures les plus courtes ont été de 4, les plus longues de 12. Il n'y a pas de relation apparente entre le nombre de chocs et la qualité du résultat, puisque, avec un bon résultat, la moyenne des chocs est 7,6 ; et avec un résultat moyen 7,5.

- Au cours des 41 traitements par Electro-chocs, 318 chocs ont été faits, soit une moyenne

318 chocs ont été pratiqués, soit une moyenne de 7,7, avec, encore ici, comme limites extrêmes 3 et 12. Il est impossible de savoir s'il y a une relation entre le nombre de chocs et l'efficacité, car il existe trop peu de cas avec bons résultats (2).

- Enfin, au cours des 2^e traitements mixtes, le nombre des chocs a été comparativement supérieur puisqu'il fut de 222 (109 Electro-chocs et 113 chocs cardiazoïques) soit une moyenne de 11, 1. Cette moyenne élevée ne doit pas étonner, car, dans tous les cas, le changement de technique en cours de traitement fut décidé devant la constatation de l'inefficacité de la première technique.

2) Evolution lointaine.

Comparant les résultats obtenus par les chocs cardiazoï-Insuline et les électro-chocs, nous n'avons pas tenu compte des cas traités par l'association des deux thérapeutiques, de même nous n'avons pas tenu compte des échecs, puisque nous voulions savoir la durée des rémissions.

Tableau n° 20

	: Cardiazol	: Electro-chocs	:
	: +Insuline	:	:
: Nombre de cas	: 72	: 41	:
: Rémissions maintenues:	: 12	: 0	:
: Rechutes la 1 ^{re} année :	: 9	: 17	:
: Rechutes la 2 ^e année :	: 7	: 8	:
: Perdus de vue	: 44	: 16	:

De ce tableau nous pouvons tirer les conclusions suivantes:

a) le contrôle des rémissions a pu être fait 12 fois, que le malade soit venu à la consultation ou qu'il ait répondu à une lettre. Ces 12 cas concernent tous des malades traités par Cardiazol/Insuline, ce qui constitue déjà un argument en faveur de ce traitement.

b) Si l'on compare le nombre de rechutes (précoces ou tardives) en utilisant la méthode du X², on constate qu'un tel résultat a une probabilité inférieure à .01. c'est à dire qu'il y a moins d'une chance sur cent pour que le hasard ait donné une telle répartition. Il est donc à peu près certain que les rechutes sont moins fréquentes après le cardiazol qu'après les électro-chocs.

On voit aussi que les rechutes paraissent plus précoces avec les électro-chocs, mais le nombre de cas est trop petit pour permettre une confirmation statistique.

c) Si l'on compare le nombre de malades perdus de vue, on voit qu'il y en a 44 sur 72 après cardiazol, et 16 sur 41 après électro-chocs. En utilisant encore la méthode du X²,

on constate que de tels chiffres ont une probabilité comprise entre .02.P.OI. c'est à dire qu'il y a moins de 2 chance sur 100 pour que le hasard ait donné une telle répartition. Donc, on peut considérer comme à peu près certain qu'il y a plus de malades perdus de vue après cardiézol/Insuline qu'après électro-choes.

Or comme c'est justement dans ce lot de malades que nous avons constaté la plus grande proportions de bons résultats immédiats, le plus de rémissions contrôlées, le moins de rechutes, on peut logiquement penser que si un plus grand nombre est perdu de vue, c'est qu'il y en a un plus grand nombre qui n'ont pas rechuté (ce qui ne veut pas dire qu'aucun n'ait rechuté)

Ce faisceau d'argumenté : plus de contrôle de rémissions, moins de rechutes, plus de malades perdus de vue, entraîne la conclusion que les suites lointaines sont en général meilleures après un traitement au cardiézol/Insuline, qu'après une série d'électro-choes.

cette étude nous permet de dire :

- a) les résultats globaux montrent que, dans l'ensemble, les thérapeutiques de chocs sont efficaces dans les crises sévères hypochondriaques, puisque sur 152 cas, en relève 46 bons résultats, 37 moyens et 19 échecs.
- b) la comparaison des résultats, après Cardiazol/Insuline et après Electro-choes est nettement en faveur du 1er traitement puisqu'avec cette technique des résultats immédiats sont très supérieurs, et les résultats éloignés également meilleurs.

CHAPITRE VI

RESULTATS SELON LES DIFFERENTS TABLEAUX CLINIQUES

I) Selon l'Age : -

Pour permettre une étude statistique, nous avons distingué les plus de 40 ans, et les moins de 40 ans :

- 48 moins de 40 ans -52 plus de 40 ans.

a) Nous avons essayé de savoir d'abord si l'âge avait été un facteur dans le choix des Electro-choes, plutôt que des choes par le cardiazol (surtout avant l'ère du cardiazol sous curare)

Tableau n°21

:	:	Cardiazol+	:	Electro-choes	:	Totaux	:
:	:	Insuline	:	:	:	:	:
:Moins de 40 ans:	:	45	:	19	:	64	:
:Plus de 40 ans :	:	33	:	35	:	68	:
: Totaux	:	78	:	54	:	132	:
:	:	:	:	:	:	:	:

Le nombre d'électro-choes est plus grand pour les plus de 40 ans. Le calcul statistique vérifie que cette différence est significative. Elle ne pourrait être donnée par le hasard qu'avec une chance sur cent.

Nous pouvons donc conclure que l'âge intervient dans une certaine mesure, et que les gens âgés sont plus souvent traités par Electro-choes.

b) Comparaisons des résultats immédiats et de l'évolution lointaine

Tableau n° 22

L'étude statistique a montré que la différence existant entre les résultats de ces deux catégories n'était pas significative. Nous pouvons dire seulement qu'ils sont un peu moins bons chez les gens plus âgés, mais cela est en relation avec le nombre moindre de choes par le cardiazol.

Tableau n°22

R E S U L T A T S			Jouves	Vicux
RESULTATS	(BONS		27	23
IMMEDIATS	(MOYENS		52	45
	(ECHecs		12	20
EVOLUTION	(Etat au	(Rémissions	8	3
	(bout de	(		
	(la	(Rechutes	9	21
	(1 ^{re} année	(		
LOINTAINE	(	(Perdus de vue	4	12
	(	(		
	(Etat au	(Rémission	1	2
	(bout de	(		
	(la 2 ^e année	(Rechutes	9	9
	(	(		
	(	(Perdus de vue		
TOTAUX			91	88

2°) Selon l'intensité des troubles Deux catégories

- les malades qui ont présenté des crises au cours desquelles la symptomatologie était particulièrement intense.
- ceux dont l'intensité des troubles était moindre.

a) résultats immédiats; Tableau n°23

	Intensité très forte	Intensité moindre	Totaux
Bons résultats	15	35	50
Moyens	15	82	97
Echecs	14	18	32
Totaux	44	135	179

Le nombre de bons résultats est à peu près le même dans les deux catégories, mais il y a beaucoup de résultats moyens chez les malades dont l'intensité des troubles était moindre, ainsi que moins d'échecs.

L'étude statistique de ce tableau nous a montré que la différence entre les résultats de ces deux catégories était significative (P. inférieur à .01.) c'est à dire qu'il y a moins d'une chance pour cent pour que le hasard ait donné

une telle répartition.

b) évolution lente Nous éliminons évidemment les échecs qui sont considérés comme des rechutes immédiates.

Tableau n°24

		Intensité très forte	Intensité moindre
1 ^{ère} année	(Remission contrôlée (Rechutes (Perdus de vue	3 7 7	7 33 25
2 ^{ème} année	(Remission contrôlée (Rechutes (Perdus de vue	0 4 14	4 15 36
Totaux		35	120

Pour nous permettre un calcul statistique, nous avons divisé ces malades en deux catégories :

- Ceux qui ont rechuté et les autres.

Tableau n° 25

	Intensité très forte	Intensité moindre	Totaux
Rechutes	11	48	59
Ceux pour lesquels on n'a pas la notion de rechute	24	72	96
Totaux	35	120	155

Le calcul statistique nous a montré que la différence entre les résultats des deux catégories n'était pas significative. Nous ne pouvons tirer aucune conclusion de cette étude.

- Ceux perdus de vue et les autres Tableau n°26

	Intensité très forte	Intensité moindre
Perdus de vue	21	61
Non perdus de vue	14	59
Totaux	35	120

A l'étude statistique, la différence n'est que très peu

significative (P égale .05.) c'est à dire qu'il y a cinq chances pour cent pour que le hasard ait donné une telle répartition.

En conclusion, nous pouvons dire seulement que, lorsque la symptomatologie est intense, nous obtenons de moins bons résultats immédiats que lorsqu'elle est moindre.

3°) Selon la répétition des crises

C'est à dire selon que les malades avaient présenté des crises uniques ou des crises multiples.

-54 ont présenté une crise unique

-19 ont présenté plusieurs crises pendant leur vie.

Nous avons écarté ici les malades qui ont présenté ce que nous avons appelé les crises de Langue Durée.

- Les 54 malades à crise unique (au sens où nous l'avons défini plus haut) ont eu 64 cures thérapeutiques;

- Les 19 malades aux crises multiples ont eu 52 cures thérapeutiques.

a) résultats immédiats

Tableau n° 27

	Crises Uniques	Crises multiples
	(84)	(52)
Bons résultats	25	14
Moyens	41	32
Echecs	18	6
Totaux	84	52

Le calcul statistique nous montre que la différence entre les résultats de ces deux catégories n'est pas significative. Nous ne pouvons rien tirer de cette étude.

4°) Selon la présence et l'intensité des symptômes dépressifs

Deux catégories :

- Ceux qui présentaient un état dépressif avec une formulation hypochondriaque.

- Ceux, ou bien qui n'avaient aucun élément dépressif, ou bien pour lesquels la symptomatologie dépressive était tout à fait au second plan.

a) résultats immédiats

Tableau n°28

	Dépressifs	Non dépressifs	Totaux
Bons résultats	19	31	50
Moyens	46	51	97
Echecs	14	18	32
Totaux	79	100	179

A l'étude statistique, la différence entre les résultats dans ces deux catégories n'est pas significative.

b) évolution lointaine Tableau n°29

Nous avons éliminé les rechutes immédiates à la suite des échecs.

: R E S U L T A T S		: Dépressifs	: Non dépressifs	:
:	:	:	:	:
:	(Rémission	:	:	:
:	(contrôlée	:	:	:
:	1ère (Rechutes	:	:	:
:	année (Perdus de vue	:	:	:
:	:	:	:	:
:	(Rémission	:	:	:
:	(contrôlée	:	:	:
:	2ème (Rechutes	:	:	:
:	année (Perdus de vue	:	:	:
:	:	:	:	:

La différence entre les résultats de ces deux catégories n'est pas significative. Nous ne pouvons donc pas nous permettre de tirer une conclusion de cette étude.

Conclusions :

Nous ne pouvons tirer aucune conclusion véritable sur la signification des résultats obtenus selon les différents tableaux cliniques, si ce n'est en ce qui concerne la différence d'intensité des troubles, où nous pouvons dire que moins les troubles sont intenses, meilleurs sont les résultats.

CHAPITRE VII

CONCLUSIONS

Nous nous sommes attachés à étudier les résultats des différentes thérapeutiques utilisées dans le traitement des états hypochondriaques (crises hypochondriaques aiguës, contrastant avec une santé mentale antérieure parfaite; crises développées sur un fond permanent d'anxiété; crises développées sur un fond franchement névrotique). Plus particulièrement, nous avons dépouillé 100 observations prises au hasard dans les archives du service de Neuro-Psychiâtrie des Hôpitaux de Nice, et nous avons tenté de préciser quelle était exactement la valeur du traitement par la technique associant Cardiazol et Insuline humide. Nous avons comparé ces résultats à ceux que l'on obtient par d'autres techniques. Nous avons précisé leur valeur par la méthode statistique du X² de FISCHER.

De cette étude, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1°) Pour les résultats immédiats

c'est à dire quant à l'état de nos malades à la sortie de l'hôpital :

- Les traitements par les thérapeutiques de chocs sont supérieurs aux traitements par des thérapeutiques mineures.

- Parmi les thérapeutiques de chocs, celles qui nous paraissent de beaucoup les plus efficaces sont celles qui associent les chocs cardiazoliques aux chocs humides par l'insuline.

2°) Pour l'évolution lointaine

Pour estimer cette évolution, le nombre des rechutes, et la probabilité plus ou moins grande de ces rechutes chez les nombreux malades perdus de vue, nous ne nous sommes pas seulement fiés à nos impressions cliniques, nous avons eu recours aux calculs statistiques.

Même ainsi, cette estimation reste difficile. Il nous

semble cependant pouvoir dire que les malades traités par les chocs cardiazoliques et l'insuline humide présentent moins de rechutes, et moins rapidement que par les autres méthodes.

L'étude comparative selon les différentes circonstances cliniques nous a montré à peu près les mêmes résultats, que les malades soient jeunes ou âgés, qu'ils existent ou non des signes dépressifs, que les crises aient été uniques ou multiples. Seul joue un rôle, l'intensité des troubles : les résultats sont meilleurs pour les crises dont le paroxysme est moins intense.

Nous n'ignorons ni les difficultés, ni les résistances, ni les rechutes que cette sorte de malades opposent à nos faibles méthodes thérapeutiques. Parmi elles c'est l'association chocs cardiazoliques et insuline humide qui nous a donné les meilleurs résultats.

Vu

Vu

Le Président de Thèse

Le Doyen

L. MICHAUX

L. BINET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de PARIS

J. SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- CHAUCHARD P., HAZOUE H. et LECOCQ R. - Mode d'action du penta-méthylène tétrazol ou cardiazol sur les centres nerveux. Bull. Acad. Sciences, séance du 15 dec. 1944.
- Congrès mondial de psychiatrie (Ier) Paris 1950 - C.R. des séances IV, Indications respectives des méthodes de choc. Hermann édit. Paris 1950.
- COSSA P. - Thérapie neurologique et psychiatrique, 2ème ed. Masson édit. Paris 1958.
- COSSA P. et BOUGLANT H. - Insuline, cardiazol, et electro-choc. Comparaisons des résultats. - Comparaison des mécanismes d'action. Commun. au Congrès des med. alién. et neurol. de France et pays lang. franç. XLIII session, Montpellier, 28-30 oct. 1942.
- COSSA P. - Indications respectives des cures par les chocs insuliniques, cardiazoliques et électriques. Rapports du XLIV Congrès des Alién. et neurol. de France et pays lang. franç. Genève et Lausanne. 22-27 juil. 1946. Masson édit. Paris, 1946.
- COSSA P., DARCOURT G. - Etude statistique du traitement des crises hypochondriaques par l'association insuline cardiazol. Comm. au Congrès des Alién. et neurol. de France LVII session Tours 1959.
- DELAY J., DAVID R., LAINE B. et SCHLITZ B. - Lobotomie préfrontale chez une hypochondriaque atteinte d'ulcère gastrique. Ann. med. psychol. oct. 1952, 110, 2ème part n°3, 432-434.
- DELMOND J. - Electro-choc. Encyclop. med. chirurg. Psychiat. To. 3 37820 G 10.
- EY H. - Hypochondrie, étude n°17, études psychiatriques. Desclées de Brouwer édit. Paris 1950.
- GASTAUD H. - Indications respectives des méthodes de chocs. Discussion. Ann. med. psychol. 1950, 108, 98.
- GIORGI F. - Indications respectives de l'insulinothérapie, de la cardiazolthérapie et de l'electrochothéra. Rapports du XLIV Congrès des Alién. et neurol. de France et pays lang. franç. Genève et Lausanne. 22-27 juil. 1946. Masson ed. Paris 1946.
- HAILL J., FUILLET C., COLLIN J. et THILBAUX M. - Deux cas de syndrome hypochondriaque grave traités par lobotomie préfrontale. Réunion psychiat. de Strasbourg Nancy, 17 juin 1950, in Ann. med. psychol. 1950, 2ème part. 277.

- KARLINER W. - Traitement de choc en psychiatrie. Ann.pract. dig.treat. juin 1951,2, 511-516.
- KALINOWSKY L.B. et HOCH P.H. - Traitement de choc.- Psycho-chirurgie et autres traitements somatiques en psychiatrie. Grunc et Stratton, ed. New-York 1952.
- LE BEAU, FELD et BOUVET - Sur la résection bilatérale de certaines aires préfrontales (topectomie) dans les troubles mentaux et les douleurs irréductibles. Rev.neurol. 1948,n°7,481.
- MULLER H. - Indications respectives de l'insulinothérapie, de la cardiazolthérapie et de l'électrochothérapie. Rapport du XLIV Congrès des Alién. et neurol. de France et pays lang. franç. Genève et Lausanne. 22-27 juil. 1946 - C.R. in Press. medic. 14 sept. 1946, n°43, 594.
- NEVLU F. et DEROUET F. - Le cardiazol en thérapeutique psychiat. Encyclop.med.chirurg. Psychiatrie T.3,37820 G 10.
- POROT H. - Posologie du cardiazol. Détermination de la dose convulsivante. Ann.med.psychol. 1942,1, 122-127.
- SARGANT W., SLATER F., et HILL D. - Introduction aux méthodes biologiques de traitement en psychiatrie. Press. univers. France édité. Paris 1952.
- SAUGUET H. - Etats hypochondriaques névropathiques. Encyclop. med.chirurg. Psychiatrie, T.3, 37830 A 10.
- TALAIRACH J., CONSTANS J. et Mme J.SAUGUET - Psychochirurgie. Encyclop.med.chirurg. Psychiatrie,T.3, 37850 A 10.
- TRILLOT J. - Thérapeutique par le cardiazol. Résultats et conclusions. Communic. au Congrès des med. alién. et neurol. de France et pays lang. franç. XLIII session Montpellier 28-30 oct. 1942.
- PAPROCKI S - Utilisation d'un anesthésique à courte durée d'action dans la convulsothérapie par Cardiazol - Revue brasil. Cir. Mai 1958, 35, n° 5, 501 - 505 (Bibliog.résumé français)

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate

Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.
